

Expertenbrief Nr. 64

(siehe auch: http://sggg.ch/de/members_news/1005)Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. med. Daniel Surbekgynécologie
suisseSociété Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia**Opportunistische Salpingektomie zur Senkung
des Ovarialkarzinomrisikos****Dieser Expertenbrief fasst das heutige Wissen zur Indikation der prophylaktischen Entfernung beider Tuben (opportunistische Salpingektomie) zur primären Prävention des Ovarialkarzinoms sowie Empfehlungen zum Vorgehen gemäss internationalen Guidelines zusammen.***Christoph M. Honegger, Thomas Hess, Irene Hösli*

Erste Hinweise darauf, dass viele Ovarialkarzinome gar nicht im Ovar, sondern in der Tube entstehen, gehen auf die Neunzigerjahre des letzten Jahrhunderts zurück. Aber erst 2007 wurde eine Präkanzerose in der Tube beschrieben, welche zumindest einen Teil der Ovarialkarzinome verursachen dürfte: Es handelt sich um das seröse tubare intraepitheliale Karzinom (STIC). STIC-Läsionen werden bei Mutationsträgerinnen (BRCA 1/2) in 1 bis 5% der Fälle gefunden. Bei Frauen ohne Mutation ist die Prävalenz unklar.

Die Präkanzerose in der Tube wurde sowohl bei Mutationsträgerinnen als auch bei Frauen mit sporadischen High-grade serösen Karzinomen (HGSC) gefunden. Inzwischen ist auch klar, dass nicht nur die HGSC, sondern auch die Low-grade-Karzinome mehrheitlich in der Tube ihren Ursprung haben. Letztere sind typischerweise mit einer BRAF- oder KRAS-Mutation assoziiert, Erstere mit einer TP53-Mutation.

Vor diesem Hintergrund wurde mit zunehmender Häufigkeit empfohlen, zunächst bei Frauen mit Hysterektomie aus benigner Indikation, dann bei Wunsch nach Tubensterilisation und schliesslich auch bei Gebärenden mit abgeschlossener Familienplanung und Wunsch nach Sterilisation die Tuben mit zu entfernen.

So haben diverse Fachgesellschaften dieses Vorgehen bereits in ihre Empfehlungen respektive Guidelines übernommen.

Machbarkeit und Wirksamkeit

Unabhängig vom Zugangsweg scheint eine beidseitige Salpingektomie im Rahmen einer Hysterektomie aus benigner Indikation nicht mit einer erhöhten perioperativen Morbidität einherzugehen. Einzig die Operationszeit scheint im Vergleich zu Eingriffen mit alleiniger Hysterektomie etwas länger zu sein. Nicht erhöht sind der Blutverlust und das Infektionsrisiko, auch die Aufenthaltsdauer im Spital scheint nicht verlängert zu sein. Die Rate an ektopen Schwangerschaften, Hydrosalpinx und Tuboovarialabszessen ist reduziert.

Nach wie vor etwas umstritten scheint der Einfluss auf die ovarielle Funktion zu sein, was in diversen Studien anhand von Surrogaten wie Hormonmessungen (FSH, AMH), dopplersonografischen Perfusionsmessungen und Befragungen der Frauen

Definition

Die opportunistische Salpingektomie umfasst die prophylaktische Entfernung beider Tuben zur primären Prävention des Ovarialkarzinoms bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung, die sich einer gynäkologischen Operation mit benigner Indikation unterziehen.

zu menopausalen Symptomen untersucht wurde. Mehrheitlich scheint kein relevanter Einfluss auf die ovarielle Funktion vorhanden zu sein. Wohl aber beklagten sich Frauen in einer schwedischen Studie gehäuft über menopausale Beschwerden nach der Salpingektomie, das betrifft vor allem 44- bis 49-jährige Frauen.

**Postpartale Salpingektomie
im Anschluss an eine Sectio**

Die Anzahl randomisierter Studien, in denen die Tubensterilisation versus Salpingektomie im Hinblick auf Machbarkeit und Sicherheit verglichen wurden, sind zurzeit noch sehr limitiert (n = 2 mit insgesamt 124 eingeschlossenen Frauen, wovon sich allerdings nur 41 einer Salpingektomie unterzogen haben).

Die Salpingektomie konnte technisch in bis zu 95% der Fälle durchgeführt werden, die intraoperative Komplikationsrate unterschied sich nicht signifikant hinsichtlich Blutverlust, Infektionen oder Rehospitalisation. In einer Studie war die Operationsdauer um zirka 15 Minuten verlängert, in der anderen gab es keine Unterschiede. In einer Studie wurde allerdings ein teures Einweginstrument (Ligasure) verwendet. Aufgrund der intraoperativen Einschätzung für einen allfällig erhöhten Blutverlust im Falle einer durchzuführenden Salpingektomie bei Sectio caesarea und der geringen Fallzahlen in dieser Situation kann jederzeit eine konventionelle Tubensterilisation durchgeführt werden.

Wirksamkeit

Betrachtet man die Wirksamkeit der prophylaktischen Salpingektomie im Hinblick auf die avisierte Senkung des Risikos für ein Ovarialkarzinom, scheint eine solche objektivierbar zu sein. In einer schwedischen Studie konnte durch eine zusätzliche Salpingektomie bei Hysterektomie eine Risikoreduktion um 65% aufgezeigt werden, das gegenüber einer Risikoreduktion

um 28% bei alleiniger Tubenligatur, verglichen mit Frauen, die keine Sterilisation, keine Salpingektomie, keine Hysterektomie und keine Adnexektomie hatten.

In einer Metaanalyse von drei Studien mit Frauen mit durchschnittlichem Risiko für ein Ovarialkarzinom fand sich eine analoge Risikoreduktion durch die Salpingektomie bei einem Follow-up von bis zu 30 Jahren.

Aufklärung über Risiken und Nutzen

Frauen mit abgeschlossener Familienplanung, die sich einer gynäkologischen Operation unterziehen müssen, sollen über die Möglichkeit der gleichzeitigen prophylaktischen Salpingektomie zur Reduktion des Risikos für ein Ovarialkarzinom aufgeklärt werden. Es gibt eine messbare Risikoreduktion um bis zu zwei Drittel (66%) gegenüber nicht operierten Frauen respektive auf die Hälfte (50%) gegenüber Frauen, die nur eine Hysterektomie durchführen lassen.

Die sicherste Prävention wäre natürlich die beidseitige Adnexektomie, welche aber Frauen mit sehr hohem Risiko (BRCA-1/2-Mutationen u.a.) vorbehalten bleiben sollte. In der Nurses-Health-Studie wies die Gruppe von Frauen mit beidseitiger Adnexektomie vor der Menopause eine höhere Gesamtmortalität (all-cause mortality) und eine höhere Tumormortalität (cancer mortality) auf. Ursächlich entstanden diese wahrscheinlich durch die frühzeitige iatrogene Menopause mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko, Osteoporose, verminderter kognitiver Funktion und erhöhter Inzidenz bei anderen Tumorerkrankungen.

Das Risiko, nach Hysterektomie an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, war in der Studie mit 0,1 bis 0,75% sehr gering. Das Mortalitätsrisiko durch Ovarialkarzinom nach Erhalt der Adnexe lag lediglich bei 0,03%.

Bei dem Wunsch nach einer Sterilisation im Rahmen einer Sectio sollte in die Aufklärung einfließen, dass aufgrund der geringen Fallzahlen die Risiken und Vorteile bei der postpartalen Salpingektomie noch nicht eindeutig geklärt sind.

Empfehlungen

Frauen mit abgeschlossener Familienplanung, die sich einer gynäkologischen Operation mit benigner Indikation unterziehen müssen, sollten über die Möglichkeit der opportunistischen Salpingektomie beidseits aufgeklärt werden.

Nutzen und potenzielle Risiken des zusätzlichen Eingriffs müssen erläutert werden.

Die Empfehlung zur opportunistischen Salpingektomie betrifft Frauen mit einem durchschnittlichen Risiko für ein Ovarialkarzinom. Bei Frauen mit hohem oder sehr hohem Risiko (BRCA-1/2-Mutation u.a.) soll nach wie vor die prophylaktische Adnexektomie empfohlen werden.

Bei Frauen mit Wunsch nach einer Sterilisation kann die Salpingektomie ebenfalls empfohlen werden, bei der postpartalen Salpingektomie ist die Datenlage jedoch noch stark limitiert. Das Operationsrisiko scheint auch in diesen Fällen gegenüber der klassischen Tubenligatur nicht erhöht zu sein.

Nicht speziell erwähnt ist in sämtlichen Empfehlungen, ob die entfernten Tuben systematisch pathologisch aufgearbeitet werden sollen und was zu tun ist, wenn STIC-Läsionen gefunden werden.

Ebenso ist die Kostenübernahme nicht abschliessend geklärt. Grundsätzlich wird eine histopathologische Aufarbeitung der Tuben empfohlen, und hierdurch entstehen zusätzliche Kosten, welche bei einem nicht kassenpflichtigen Eingriff von der Frau selbst getragen werden müssen. Die genauen Kosten müssen mit der Pathologie des betreffenden Instituts abgeklärt werden, und die betroffene Frau muss über die zusätzlichen Kosten informiert werden.

Datum des Expertenbriefs: 19. April 2020

Literatur bei den Autoren.

Deklaration von Interessenkonflikten:

Christoph M. Honegger: kein Interessenkonflikt

Thomas Hess: kein Interessenkonflikt

Irene Hösli: kein Interessenkonflikt

* Evidenzlevel und Empfehlungsgrade der Therapieangaben

Evidenzlevel

- Ia** Evidenz durch die Metaanalyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen
- Ib** Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung
- IIa** Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung
- IIb** Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere quasiexperimentelle Studie
- III** Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien
- IV** Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute

Empfehlungsgrad

- A** Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib).
- B** Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten, klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III).
- C** Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und/oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV).
- ☒ Good-Practice-Punkt
Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief/die Guideline herausgibt.

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)